

Prochain rendez-vous chez mon rhumatologue le : à h

Nom du patient : _____

A remplir et à remettre au médecin, le jour de la consultation

De quand date votre dernière prise de sang ?

Vos dernières radios ?

Joignez vos résultats à cette fiche

EVOLUTION DE LA PR

■ Vous évaluez la durée de la raideur matinale

inférieure à 20 mn entre 20 et 40 mn supérieure à 40 mn

■ Avez-vous eu, au cours du dernier mois, une ou plusieurs articulations « bloquées » ?

oui non

■ A quelle fréquence avez-vous des poussées ?

plusieurs fois par mois une fois par mois 2 à 3 fois par an variable

■ Avez-vous dû, au cours du dernier mois, renoncer à cause de votre PR à :

une sortie, un déplacement ? oui non

un loisir, recevoir ? oui non

être absent(e) à votre travail oui non

■ Avez-vous dû prendre, ou augmenter, la dose des anti-douleurs ? oui non

■ Avez-vous réduit, ou stoppé, les anti-douleurs ? oui non

■ Avez-vous réduit, ou stoppé, les anti-inflammatoires ? oui non

■ Depuis 1 mois, avez-vous de nouvelles articulations qui vous font souffrir ? oui non

■ Une articulation qui vous faisait souffrir est-elle moins douloureuse ? oui non

■ Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné(e) pour tenir des objets ? oui non

avez-vous par exemple cassé de la vaisselle, ou eu du mal à ouvrir une porte ?

■ Depuis 3 mois, diriez-vous que votre périmètre de marche est :

moindre pareil amélioré

SOMMEIL - DOULEUR - MORAL

■ Depuis 1 mois, êtes-vous réveillé(e) par des douleurs nocturnes ? oui non

■ Dormez-vous mieux, pareil ou moins bien ? mieux pareil moins bien

■ Vous réveillez-vous « fatigué(e) » ? oui non

■ Chiffrez votre douleur (0 étant le plus faible, 10 le plus fort) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

■ Quand vous avez mal, est-ce toujours à la même articulation ? oui non

■ Quand vous avez mal, êtes-vous soulagé(e) par les anti-douleurs ? oui non

■ Ces derniers temps, vous diriez que vous avez

plus le moral moins pareil

* entourez votre réponse

EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS

■ Constatez-vous des effets indésirables liés aux médicaments que vous prenez ?

oui non

Si oui, lesquels ?

■ A votre avis, à la prise de quel(s) médicament(s) sont-ils dus ?

■ Prenez-vous autre chose achetée en pharmacie non remboursé ?

oui non

Si oui, lesquels ?

■ Avez-vous consulté pour d'autres problèmes de santé ?

oui non

Si oui, lesquels ?

■ Vous a-t-on prescrit des médicaments ?

oui non

D'une façon générale, avez-vous le sentiment que, depuis 3 mois, votre PR

s'est aggravée n'a pas bougé s'est améliorée

Voulez-vous mentionner autre chose ?



Association
Française des
Polyarthritiques

53, rue Compans - Esc 46 - 75019 Paris
Tél. : 01 40 03 02 00 - Fax. : 01 40 03 02 09
afp@nerim.net
www.polyarthrite.org